

Nyilatkozat

Alulírott:

Születési hely/idő:

Anyja neve:

Lakcím:

Sz. ig. szám:

Hozzájárulok, hogy az Alapozó Terápiák Alapítvány a terápia iránt érdeklődő szülőknek az alábbi adataimat az akkreditáció feltételeinek megfelelő, alapozó terápiát végző terapeutaként feltüntesse.

Név:

Telefonszám:

E-mail cím:

A helység, ahol egyéni vagy kiscsoporttal dolgozom:

Végzettség éve:

Milyen problémákkal küzdő gyerekekkel foglalkozom:

.....
.....
.....

Kelt:

.....

Aláírás

Tanúk

.....

Aláírás

.....

Aláírás

Név:

Név:

Lakcím:

Lakcím:

Anyja neve:

Anyja neve: